



支給額	円
-----	---

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支給年月日	年	月	日

必ず記入捺印  
して下さい

**被保険者 被扶養者 移送費支給申請書**

大日本印刷健康保険組合御中 社員番号 123456

住所 東京都新宿区矢来町5-6-3

下記の通り申請いたします 被保険者 氏名 健保 太郎

事業所C	事務担当

必ず捺印してください

被保険者証	記号	XX	所属	会社名	DNP XXXXX	
	番号	9999		第2工場	部	XXXX
傷病名	心筋梗塞		発病又は負傷の年月日	XX年 1月 12日		
傷病又は負傷の原因を詳しく	従来から心臓が弱っていたが、疲れと寒さで突然、発生。					
発病又は負傷の原因が第三者の行為によるとき	住所氏名電話番号					
診療を受けた医療機関	名称	東京女子医大病院		診療担当医師氏名	山田 健太郎	
	所在地	新宿区河田町1-25-4				
移送を受けた	移送日	XX年 1月12日 (火曜)	利用交通機関	タクシー		
	区間	新宿区矢来町		から	東京女子医大病院	
	移送に要した費用	1,500	円	距離	2.1	Km
移送された者	氏名	健保 太郎		生年月日	XX年 6月 15日	
					続柄	本人

必ず捺印してください

委任状

私は事業主を代理人と定めこの移送費の受領を委任します。

XX年 2月 8日 被保険者氏名 健保 太郎

代理人職氏名 株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎

領収書

金 , 円也 領収いたしました。

年 月 日 事業主の捺印をもらってください 株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎

XX年 2月 8日 提出

**【注意】**

この申請書に移送に要した費用の領収書を添えて下さい。

入力番号		点検者	
------	--	-----	--